

Berichtigung der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010

vom 09.11.2009

Die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010 vom 30.09.2009 (www.bundesversicherungsamt.de, unter „Risikostrukturausgleich“, „Festlegungen“) sind wie folgt zu berichtigen:

Ziffer a) Nr. 3. Absatz 2 Satz 1 und 2 der Festlegung des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen muss lauten:

„Das Vorliegen einer Krankenhausdiagnose führt mit Ausnahme der Diagnosen, die den DxG813 (HIV/AIDS mit Dauermedikation), DxG814 (HIV-positiver Infektionsnachweis mit Dauermedikation), DxG225 ((Echte) Hämophilie (angeborener Faktor-VIII- oder Faktor-IX-Mangel) mit Dauermedikation) oder DxG821 (Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz (mit Dialysekennzeichen)) zugeordnet sind, immer zur Zuordnung in eine HMG. Bei der DxG 225 erfolgt die Zuordnung nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 3.2.5. erfüllt sind; bei der DxG821 erfolgt die Zuordnung nur dann, wenn zusätzlich die Kriterien nach Ziffer 3.2.6. erfüllt sind.“

Ziffer a) Nr. 3.2.2. Satz 3 muss lauten:

„Dabei werden die BT der Versicherten gemäß ihrer anteiligen Versichertenzeit des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres annualisiert.“

In Ziffer a) Nr. 3.2.3. wird nach Satz 2 ein Absatz eingefügt. Der nachfolgende Text wird wie folgt neugefasst:

„Versicherte unter zwölf Jahren sind von dieser Prüfung ausgenommen und werden aufgrund ihrer Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung den entsprechenden HMG zugeordnet. Die Diagnosen müssen in diesem Fall den Aufgreifkriterien unter Nr. 2. entsprechen. Die dort aufgeführte Ausnahmeregelung für Diagnosen, die einer DxG mit obligatorischer Arzneimittelverordnung zugeordnet sind, wird dabei ausdrücklich aufgehoben.“

In Ziffer a) Nr. 3.2.4. wird nach Satz 2 ein Absatz eingefügt. Der nachfolgende Text wird wie folgt neugefasst:

„Versicherte unter zwölf Jahren sind von dieser Prüfung ausgenommen und werden aufgrund ihrer Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung den entsprechenden HMG zugeordnet. Die Diagnosen müssen in diesem Fall den Aufgreifkriterien unter Nr. 2. entsprechen. Die dort

aufgeführte Ausnahmeregelung für Diagnosen, die einer DxG mit obligatorischer Arzneimittelverordnung zugeordnet sind, wird dabei ausdrücklich aufgehoben.

Bei den DxGruppen 813 und 814 erfolgt bei Kindern unter 12 Jahren abweichend eine Zuordnung, wenn sie mindestens 50 Behandlungstage mit – der jeweiligen DxG zugeordneten – Arzneimitteln aufweisen. Dabei muss mindestens eine passende Verordnung in einem Quartal erfolgt sein, in dem eine für die Zuordnung zur DxG maßgebliche Diagnose im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet wurde.“

Ziffer a) Nr. 3.2.5. Satz 2 muss lauten:

„Stattdessen müssen hier unabhängig vom Alter des Versicherten und unabhängig von der Anzahl der Versichertentage in der GKV mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.“

In Ziffer a) Nr. 3.2.6. der Festlegung des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen ist sowohl in der Überschrift als auch im Text die Bezeichnung „DxG820“ durch die Bezeichnung „DxG821“ zu ersetzen.

Der Überschrift „Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen“ in Ziffer a) ist die Nr. 4. voranzustellen; in der dazugehörigen Tabelle „Hierarchisierungsregeln“ wird die laufende Nummer 103 (HMG102 dominiert HMG103) gestrichen, da die HMG102 durch Änderungen in der Festlegung zur Krankheitsauswahl nicht mehr belegt wird.

Bonn, den 09.11.2009

Bundesversicherungsamt

Im Auftrag

Dr. Göppfarth